Die Sturzgeburten in der Münchener Frauenklinik in den Jahren 1892 und 1893 und das Verhalten ihres Wochenbetts.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medizin

der

hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Robert Moser,
appr. Arzt aus Weilburg a. d. Lahn.

München.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.
1895.

Die Sturzgeburten in der Münchener Frauenklinik in den Jahren 1892 und 1893 und das Verhalten ihres Wochenbetts.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medizin

der

hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Robert Moser,
appr. Arzt aus Weilburg a. d. Lahn.

München.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.
1895.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. v. Winckel.

Meinen lieben Eltern

in dankbarer Verehrung

gewidmet.

Die ersten Beobachtungen über Sturzgeburten hat Semmelweiss aufgezeichnet. In seinem Werk über die Aetiologie des Puerperalfiebers schreibt er: „ich habe bemerkt, dass gerade die Wöchnerinnen, welche eine Gassengeburt überstanden hatten, auffallend seltener erkrankten, als diejenigen, welche im Gebärhause niedergekommen waren, obwohl bei den Gassengeburten die Geburt offenbar unter ungünstigeren Verhältnissen vor sich ging, als bei denjenigen, welche in der Klinik auf dem Kreissebette entbunden wurden." Diese seine Beobachtung hat jedoch der berühmte Gelehrte statistisch nicht genügend nachgewiesen. Auch in der späteren Zeit findet sich darüber wenig genaueres vermerkt, da einerseits diese Arten der Geburten in den Kliniken spärlich vorkommen, andrerseits oft solche Geburten mit dem Namen Sturzgeburten bezeichnet werden, die in Wirklichkeit gar keine Sturzgeburten sind.

Genauere Angaben finden sich zuerst in den Mitteilungen von Hugenberger aus dem Petersburger Hebammeninstitut. Dort ist sowohl der Ort, wo die Geburten stattfanden, als auch der Verlauf derselben ausführlich beschrieben. 23 Fälle, die in der Marburger Klinik beobachtet wurden, sind in einer Arbeit von K. Reinhard im Jahre 1871 genau beschrieben worden. Bemerkenswert ist, dass von den dort

beschriebenen Geburten keine einzige irgendwie schwere Krankheiten oder Verletzungen der Mütter im Gefolge hatte. Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Litteratur praecipitirter Geburten lieferte Herr Geheimrat von Winckel, welcher in seiner 1884 erschienenen Arbeit „Über die Bedeutung praecipitirter Geburten für die Aetiologie des Puerperalfiebers", seine Erfahrungen, die er innerhalb 13 Jahren darüber gemacht hatte, niederlegte. Es soll nun Aufgabe folgender Abhandlung sein, die Erfahrungen, die bei 22 Sturzgeburten in den Jahren 1892 und 1893 in der Münchener Frauenklinik gesammelt wurden, darzulegen.

Die Wehen, vereint mit der Bauchpresse, treiben die Frucht aus den Geburtswegen. Jedoch stellen sich der Ausstossung derselben einige Widerstände entgegen, die sowohl von der Mutter, wie von dem Kinde herrühren können. Von den Widerständen kommt in erster Linie die Beschaffenheit des mütterlichen Beckens und seiner Weichteile in betracht, ferner die Beschaffenheit der Eihäute, die Menge des Fruchtwassers, die Lage, Stellung und Grösse des Kindes; die Länge, Insertion und Dicke der Nabelschnur, endlich die Grösse und Anheftung der placenta. Von der Stärke der austreibenden Kräfte und dem grösseren oder geringeren Widerstand, der sich ihnen bietet, hängt die Schnelligkeit oder die Verlangsamung des Geburtsverlaufes ab. Die Sturzgeburten verteilen sich auf Erstgebärende wie auf Mehrgebärende. Von den 22 Entbundenen gebaren

8 zum ersten Male,
9 „ zweiten „
4 „ dritten „ und
1 „ fünften „ .

Unter diesen Personen befand sich eine, bei welcher

auch die früheren Geburten ungewöhnlich rasch verlaufen waren.

1892. J.-N. 215. 28 J, III para.

I. Partus nur 1/4 Stunde dauernd.

II. Partus Sturzgeburt.

III. Partus: Am 25. März morgens 4 Uhr verspürte sie die ersten Wehen und im Begriff, die Anstalt aufzusuchen, wurde das Kind, angeblich nach 3 kräftigen Wehen, rasch im Stehen geboren. Die Nabelschnur riss sofort und blutete ziemlich stark, das kindliche Ende der Nabelschnur blutete nicht mehr. Sie setzte ihren Weg zur Klinik fort und noch unterwegs erfolgte bei einem Hustenstoss die Ausstossung der placenta. Das Kind war ausgetragen und zeigte kleine Contusionen am Scheitel. Die puerpera fühlte sich etwas matt. Die vorhandene Blutung stand nach heisser Einspülung. Gewicht des Kindes betrug 2950 gr, seine Länge 50 cm. Die Nabelschnur war nur 40 cm lang, inserirte lateral. Die Gefässe der Nabelschnur waren von der Rissstelle zurückgezogen. Das Wochenbett verlief ohne jede Störung.

26. III.	Morgentemp.	36,5	Puls 72,
	Abendtemp.	36,6	„ 72,
27. III.	Morgentemp.	36,4	„ 70,
	Abendtemp.	36,6	„ 74,
28. III.	Morgentemp.	36,8	„ 78,
	Abendtemp.	37,5	„ 84,
29. III.	Morgentemp.	36,4	„ 70,
	Abendtemp.	36,8	„ 78,
30. III.	Morgentemp.	36,6	„ 74,
	Abendtemp.	36,9	„ 78,
31. III.	Morgentemp.	36,4	„ 72,
	Abendtemp.	36,6	„ 74.

Bei dieser Geburt scheint also der praecipitirte Verlauf durch das Zerren der zu kurzen Nabelschnur hervorgerufen zu sein; ob vielleicht eine Umschlingung derselben vorhanden gewesen, konnte natürlich nicht festgestellt werden. Man konnte aber nicht feststellen, ob sie auch bei den früheren Geburten ebenso kurz gewesen war.

Was dann den Monat der Schwangerschaft anlangt, in welchem die Geburt der Frucht erfolgte, so ermittelten wir folgendes:

Im 6. Monat der Gravidität gebar 1,
„ 8. „ „ „ „ 3,
„ 9. „ „ „ „ 7,
Ende des 10. „ „ „ „ 11.

Es ergibt sich also hieraus, dass 50% der Kinder vollständig ausgetragen waren. Anhaltspunkte für lues waren bei den Frühgeburten nicht zu ermitteln. Der einzige Fall von partus immaturus sei hier erwähnt.

1892. J.-N. 39. II para.

1. Geburt verlief ohne Störung.

Die gravida war in den Anlagen des Krankenhauses von der Geburt im Stehen überrascht und mittelst Tragkorb in die Gebäranstalt verbracht worden. Hier wurde das Kind von 34 cm Länge und 1050 gr Schwere abgenabelt. Die Nabelschnur war 42 cm lang. Nach Angabe der Wöchnerin soll das Kind sich noch Tags zuvor bewegt haben. Als veranlassendes Moment für den frühzeitigen Eintritt der Geburt gab die Entbundene „einen Fall von einer Leiter“ an, den sie erlitten haben will. Im Verlauf des Wochenbetts zeigte sich am 3. Tage eine Temperatursteigerung bis 38,4° C., die aber rasch wieder verschwand, und die Wöchnerin konnte noch am 7. Tage entlassen werden. Der Fall von der Leiter kann wohl mit dem Eintreten der Frühgeburt

in einem gewissen Zusammenhang stehen, da ja dadurch Wehen herbeigeführt sein konnten.

Betrachtet man nun die Stellung und Haltung, in der die Schwangeren die Geburt überstanden haben, so finden wir, dass

9 Schwangere im Stehen,
5 „ „ Gehen,
4 „ „ Sitzen,
3 „ „ Liegen,
1 „ „ Knien

geboren haben.

Der grösste Teil der Schwangeren wurde von der Geburt überrascht, als sie im Begriffe waren, die Gebäranstalt aufzusuchen.

Stellen wir ferner den Geburtsverlauf fest, d. h. die Zeit vom Eintreten der ersten Wehen bis zur Geburt der placenta, so ergibt sich aus den Mitteilungen folgendes:

Eine sehr kurze Geburtsdauer von
nur einigen Minuten zeigte 1 multipara,
von 1 St. 1 I p. 3 „
„ 2 St. 2 „
„ 3 St. 4 „
„ 5 St. 2 „
„ 6 St. 6 primip. 1 „

Eine längere Geburtsdauer zeigten
bis 12 St. 1 multip.
„ 18 St. 1 primip.

Das eine Beispiel, wo die Geburtsdauer nur einige Minuten betrug, möge hier Erwähnung finden.

1892. J.-N. 471. 26 J. III p.

Frühere Schwangerschaften und Geburten verliefen ohne Störung.

Die ersten Wehen stellten sich am 27. VI. abends 9 Uhr ein, die Blase sprang um 9 Uhr 10 Min. Die Geburt des Kindes folgte 9 Uhr 35 Min., die der placenta 9 Uhr 55 Min. Als Parturiens das Bett der Anstalt aufsuchen wollte, erfolgte mit einer starken Wehe im Stehen die Geburt eines lebenden Knaben. Ein Dammriss war nicht vorhanden. Nach der Geburt der placenta zeigte sich noch eine ziemlich starke Blutung, die aber nach heisser Ausspülung und Injection von Ergotin hypodermatisch bald stand. Die Länge des lebenden Kindes betrug 51 cm, sein Gewicht 3350 gr. Die Länge der Nabelschnur war 54 cm. Blutverlust 600 gr. Im Wochenbett hatte sie keine Beschwerden und konnte am 7. Tage entlassen werden.

28. VI.	Morgentemp.	37,2	Puls 82,
	Abendtemp.	37,5	„ 84,
29. VI.	Morgentemp.	36,6	„ 74,
	Abendtemp.	37,8	„ 88,
30. VI.	Morgentemp.	36,7	„ 76,
	Abendtemp.	36,8	„ 76,
1. VII.	Morgentemp.	37,2	„ 82,
	Abendtemp.	37,4	„ 82,
2. VII.	Morgentemp.	36,6	„ 76,
	Abendtemp.	36,8	„ 78.

Sind die Eihäute sehr widerstandsfähig, so wird die erste Geburtsperiode sehr lange dauern, aber zumeist werden auch dadurch die Geburtswege genügend für die Ausstossung der Frucht vorbereitet sein. Sind nun die Eihäute bei einer Schwangeren dünn und bieten sie wenig Widerstand, so wird die betreffende Person auch häufiger von Sturzgeburten überrascht werden können. So finden wir auch bei Betrachtung unserer 22 Fälle, dass bei 19 Schwangeren die Geburt des Kindes unmittelbar nach dem Blasensprung erfolgte, in

2 Fällen folgte die Geburt des Kindes nach ½ Stunde und in einem nach 4 Stunden. Bemerkenswert ist, dass auch bei 6 Erstgebärenden die Geburt des Kindes mit dem Blasensprung erfolgte. Es ergibt sich also daher der Schluss, dass die Zeit des Abflusses des Fruchtwassers und namentlich bei ungünstiger Haltung der Parturiens eine der wichtigsten Praedispositionen zu der praecipitirten Geburt abgibt.

Man hat nun auch noch eine gewisse Praedisposition für die Sturzgeburten in einer abnormen Kürze der Nabelschnur und des dadurch bewirkten Zerrens an der placenta nachzuweisen gesucht. Wir fanden in 4 Fällen Nabelschnur von 40—41 cm Länge bei ausgetragenem Kinde; letztere ist natürlich noch nicht als zu kurz zu bezeichnen, da bei dieser Länge Zerrungen der Schnur noch nicht notwendig waren. Dagegen konstatirten wir 2 mal eine auffallende Länge derselben von 74 bezw. 79 cm.

Die aussergewöhnliche Länge der Nabelschnur findet sich im Jahre 1893 J.-N. 314. 23 J. I p.

Die ersten Wehen verspürte sie am 28. IV. abends 10 Uhr, die Geburt des Kindes erfolgte mit dem Blasensprung am 29. IV. morgens 4 Uhr, die placenta folgte 5 Uhr 15 Min. nach. Sie gebar auf dem Wege zur Klinik im Stehen, so dass das Kind auf die Strasse stürzte, ohne dass die Nabelschnur entzwei gerissen wäre. Ihre sie begleitende Mutter wickelte das Neugeborene in die Schürze. Die Abnabelung erfolgte erst in der Anstalt, fast ½ Stunde nach der Geburt des Kindes. Ebendort wurde auch die placenta geboren. Die Parturiens hatte auf dem Wege sehr viel Blut verloren und zwar wohl hauptsächlich aus dem vorhandenen tiefen Dammriss (5 Nähte). Beim Eintritt in die Anstalt hatte die Blutung nachgelassen. Der Fruchtbefund ergab

ein lebendes, nicht ganz ausgetragenes Kind von 48 cm Länge und 3125 gr Schwere. Die Nabelschnur war 79 cm lang.

Auf dem Hinterhaupt des Kindes links zeigte sich eine starke Geschwulst, die auf Druck schmerzhaft war. Fissuren des Schädeldaches waren nirgends nachweisbar. Die Eihäute und die placenta wurden nach 1¼ Stunden spontan geboren. Das Befinden im Wochenbett war an den beiden ersten Tagen ein gutes zu nennen; am 3. Tage jedoch machte sich eine einmalige Temperatursteigerung bis 38,8° C., Puls 90 bemerkbar, welche am nächsten Tage wieder verschwand. 4. Tag: Temp. 36,8—37,4, Puls 72—84. Der Dammriss war durch 4 Nähte vereinigt worden.

Bei keiner der Kreissenden liess sich eine Krankheit nachweisen, die eine auffallend starke Wehenthätigkeit hervorgerufen hätte.

Da der Körper des Kindes oft durch seine abnorme Grösse oder Kleinheit eine Beschleunigung oder Verlangsamung des Geburtsverlaufes hervorruft und so auch zu den Praedispositionen der Sturzgeburten gehört, so müssen wir auch das Gewicht und die Länge der Früchte ins Auge fassen. Von den ausgetragenen Kindern zeigten 8 eine Länge von 49—51 cm und ein Gewicht von 3000—3250 gr.

Bei den partus praematuri im 8. und 9. Monat der Gravidität finden wir eine bedeutende Schwankung im Gewicht, nämlich von 1600 gr, bei 44 cm Länge, bis 2500 gr bei 47 cm Länge. Hierbei ist die Grösse und das Gewicht des sechs Monate alten Kindes nicht miteinbegriffen, das 34 cm lang und 1050 gr schwer war.

In bezug auf die Lage des Kindes sei noch erwähnt, dass 21 Kinder in Schädellage und 1 Kind in Beckenendlage geboren wurden. Zwillinge waren nirgends vorhanden.

In seiner Arbeit Seite 33 stellte Herr Geheimrat

v. Winckel 8 Punkte auf, die mit dem praecipitirten Geburtsverlauf in einem gewissen inneren Zusammenhang ständen; nämlich:

1) Die kräftigen Wehen, resp. abnorm kurze Geburtsdauer,
2) mehr- und vielfache Geburt,
3) schon früher praecipitirt Entbundene,
4) Erkrankungen der Kreissenden,
5) Kleinheit der Frucht,
6) Maceration derselben,
7) abnorme Kürze der Nabelschnur,
8) beim Gehen erfolgte Ruptur der Velamente.

Von diesen Momenten kommen 4 und 6 für unsere Fälle nicht in betracht; dagegen finden auch wir von den anderen Ursachen oft mehrere für eine Parturiens zutreffend.

1, 2, 3 1893 J.-N. 673.
1, 2, 7 1893 J.-N. 183.
1, 2, 8 1892 J.-N. 97, 123, 505.
1, 5, 8 1892 J.-N. 240 und 1893 J.-N. 396.
1, 2, 5, 8 1892 J.-N. 39.
1, 2, 3, 7, 8 1892 J.-N. 215.
1, 2, 5, 7, 8 1892 J.-N. 327.

Aus dieser Zusammenstellung kann man den Schluss ziehen, dass eine gewisse Zahl von praedisponirenden Momenten für das Zustandekommen einer Sturzgeburt zumeist vorhanden ist.

Welche Folgen und Gefahren brachten nun die Sturzgeburten den Müttern? Hier kommen vor allem 3 schädliche Folgen in betracht: 1) Dammrisse, 2) Genitalblutungen, 3) Störungen in der Austreibung der Nachgeburt.

Bei seinen 23 Fällen konnte Reinhard keine Verletzung der mütterlichen Weichteile konstatiren. Ferner ist durch

die Untersuchungen von Goltz in der Klinik von Professor Fehling in Basel eine Reihe von Fällen bekannt geworden, in denen die Mütter keinen Schaden erlitten haben bei der Sturzgeburt. Doch ist dadurch noch nicht der Beweis geliefert, dass der praecipitirte Verlauf der Geburt immer ohne schädliche Folgen für die Mütter bliebe. Denn G. Koch hat aus Stuttgart über 37 praecipitirte Geburten berichtet und dabei 7 mal Dammrisse konstatirt und schwere Puerperalprocesse in 2 Fällen beobachtet. Auch wir sind nicht in der Lage, überall von einem vollständig günstigen Verlauf der Sturzgeburten für die Mütter berichten zu können.

Bei drei Entbundenen war ein Dammriss II. Grades (4 Nähte) vorhanden. Die Geburt hatte diese drei Personen nämlich im Stehen oder Gehen überrascht, was wohl als praedisponirendes Moment angesehen werden kann.

1892. J.-N. 240. 20 J. I p.

Sie gebar auf dem Wege zur Anstalt einen lebenden Knaben von 44 cm Länge und dem Gewicht von 1600 gr, wobei ein Dammriss II. Grades entstand. Blutung gering. Der Dammriss wurde in der Anstalt durch die Naht vereinigt. Wochenbett verlief ohne Störung. Die höchsten Ziffern betrugen bei der Temp. 36,8—37,9, beim Pulse 74—88. Entlassung am 7. Tage.

1893. J.-N. 206. 23 J. I p.

Stehend in der Anstalt wurde die Frucht mit einer Wehe gleichzeitig mit dem Blasensprung geboren. Dammriss II. Grades. Fruchtbefund ergab einen 50 cm langen und 3250 gr schweren lebenden Knaben. Damm wurde nicht durch die Naht geschlossen, da starker, schleimig eitriger Ausfluss vorhanden war. Lochialsecret übelriechend. Aetzung mit liquor ferri sesquichlorati. Temperatursteigerung im Wochenbett bis 38,4° C., die aber bald wieder verschwand.

4. Tag abends 38,4
5. Tag 38,2—38,0
6. Tag 36,8—37,4,

von da ab normal.

1893. J.-N. 314. 23 J. I p.

Dammriss II. Grades schon oben erwähnt.

Niemals fanden wir einen Dammriss bei einer Mehrgebärenden.

Von Verletzungen der Scheide können wir einen Fall anführen und zwar

1892. J.-N. 329. 26 J. I p.

Parturiens kam mit starken Wehen in die Gebäranstalt, der Kopf des Kindes war bereits in der vulva sichtbar und unmittelbar nach ihrem Eintritt erfolgte im Stehen die Geburt des Kindes mit einer Wehe. Im Verlauf des Wochenbettes stellte sich am 4. Tage Fieber ein, das 10 Tage anhielt und bis 40° C. stieg.

4. Tag 38,8—39,2
5. Tag 38,6—39,4
6. Tag 38,8—40,0
7. Tag 38,6—39,7
8. Tag 38,3—39,2
9. Tag 38,1—38,8
10. Tag 37,6—38,4.

Das subjective Befinden der Wöchnerin war dabei gut, Urin wurde spontan entleert, abdomen war nicht druckempfindlich. Im Scheideneingang fanden sich bei Betrachtung mit dem speculum 2 belegte Scheiderisse, die mit liquor ferri sesquichlorati geätzt wurden. Ausserdem wurden täglich Lysolausspülungen vorgenommen. So konnte die Wöchnerin am 16. Tage entlassen werden.

Unter den Läsionen der äusseren Genitalien sei hier ein Fall erwähnt, der noch in anderer Beziehung interessant ist.

1893. J.-N. 901. 23 J. I p.

Sie betritt mit starken Presswehen den Kreissesaal. Im Begriff, das Bett aufzusuchen, erfolgt plötzlich die Geburt des Kindes im Stehen. Das Kind fällt auf den Boden, ohne eine Verletzung zu erleiden. Placenta nach 1 Stunde spontan geboren. Eihäute nicht vollständig. Im Wochenbett Temperatursteigerung bis 38,5° bemerkbar.

3. Tag 37,5—38,2
4. Tag 38,2—38,4
5. Tag 38,3—38,5
6. Tag 37,6—37,8.

Die Untersuchung ergab als Grund hierfür folgendes:

1. Waren die Eihäute nicht vollständig geboren worden.

2. Befand sich am rechten labium minus in der Mitte ein etwa pfennigstückgrosser Schleimhautdefekt; ein ebensolcher, aber grösser, zeigte sich am unteren Ende des linken labium minus, der bis an die hintere Commissur reichte. Labia majora stark geschwollen.

Es ist nun allerdings zweifelhaft, was man für die Ursache des Fiebers halten soll. Aber analog dem bei Herrn Professor v. Winckel erwähnten Fall von Retention von Eihautresten ohne Fieber, könnte man auch hier die Verletzungne der Genitalien als ursächliches Moment in betracht ziehen.

In 3 Fällen musste wegen starken Blutverlustes, er betrug nämlich 600 gr, 700 gr, 650 gr, nach der Geburt des Kindes die placenta mittelst des Crede'schen Handgriffes entfernt und Ergotin hypodermatisch angewendet werden.

So haben wir denn gesehen, dass der praecipitirte Verlauf der Geburt für die Mütter, und zwar sind es besonders Erstgebärende, manchen Schaden bringen kann, und fragen

wir uns nun nach den Gefahren, die daraus für die Kinder entstehen, so finden wir, dass dieselben mannigfaltiger Art sein können.

Hierher gehören starke gefährliche Verschiebungen und Kompressionen der vorausgehenden Kindesteile, gefährlicher Druck auf die umschlungene Nabelschnur, Zerreissung derselben und endlich Beschädigungen durch einen stattgehabten Sturz. Wir sind nicht in der Lage, alle diese schädlichen Folgen durch Beispiele zu belegen, da das vorhandene Material zu gering ist, aber einige möchten wir hier anführen.

21 Kinder kamen lebend zur Welt. Sofort nach der Geburt starben 5. Tot geboren wurde die oben bereits erwähnte Frucht im 6. Monat.

Bei den Kindern war der Sturz auf den Boden von äusserst geringen nachteiligen Folgen begleitet: so zeigte 1892 J.-N. 856 nur eine fünfmarkstückgrosse intensive Rötung und 1893 J.-N. 661 blaue Flecken im Gesicht, die von dem Fall auf die Erde herrührten.

Hierher gehört noch ein Beispiel, bei welchem der Tod des Kindes zwar erst am 2 Tage nach der Geburt erfolgte, aber sich leicht als schädliche Folge derselben erklären lässt:

1892. J.-N. 327. II p.

Als die Kreissende die Gebäranstalt betrat, waren bereits Füsse und Rumpf des Kindes geboren. Noch im Hausflur wurde der Kopf von einem Assistenten exprimirt, da die neben dem Kopf gelegene Nabelschnur stark komprimirt war. Das Kind war hochgradig asphyctisch, doch waren die Wiederbelebungsversuche von Erfolg begleitet. Das Kind war nicht ausgetragen, 41 cm lang und 1750 gr schwer. Nabelschnurlänge betrug nur 32 cm. Das Kind starb am 2. Tage nach der Geburt.

Bemerkt sei noch, dass in 2 Fällen von Nabelschnur-

zerreissung und Sturz auf die Erde die Kinder keinen nennenswerten Schaden gehabt haben.

Fassen wir nun unsere Erfahrungen zusammen, so ergibt sich, dass von 15 Kindern, die bei der Geburt zu Boden stürzten, 1 starb und 2 andere von ihnen kleinere, ungefährlichere Verletzungen davontrugen, und dass die Compression der Nabelschnur, wenn nicht den sofortigen Tod, so doch eine lebensgefährliche Asphyxie hervorrief.

Von unseren 22 Fällen müssen wir bezüglich des Wochenbettverlaufes unterscheiden:

1) solche, bei denen die Geburt bereits vollständig beendet war, als sie die Anstalt betraten;
2) solche, bei denen die Geburt halb beendet war;
3) solche, bei denen die Geburt der Frucht erst in der Anstalt erfolgte.

Nach beendigter 3. Geburtsperiode kamen 5 Wöchnerinnen in die Anstalt, von denen zwei ein gutes Wochenbett durchmachten.

Bei den übrigen 3 musste Hülfe geleistet werden und zwar:

1892. J.-N. 215. III p.

Starke Blutung, heisse Ausspülung und Eisblase auf das Abdomen. Temperatur am 2. Tage 38,4° C., 3. Tage 37,6 –37,8. Entlassen am 7. Tage.

1892. J.-N. 240. 20 J. I p.

Dammriss II. Grades, kein Fieber. Damm, durch Nähte vereinigt, geheilt, entlassen am 7. Tage.

1893. J.-N. 731 25 J. II p.

Am 6. Tage des Wochenbetts Temperatursteigerung bis 38,1° C., heftige Schmerzen in der linken Seite, die sich vom Darmbeinkamm bis unter den Rippenbogen erstreckten und ihr jede Bewegung schmerzhaft machten. Auscultation und Percussion ergaben ein negatives Resultat. Feuchtwarme

Umschläge wurden verordnet. Nach 7 Tagen hörten die Schmerzen auf. Parametrien frei, uterus gut contrahirt. Entlassen am 15 Tage.

Halb entbunden wurden 12 Personen in die Anstalt gebracht. Unter diesen wurden 7 am 7. Tage des Wochenbetts geheilt entlassen, ohne dass sie irgendwie Beschwerden gehabt hätten.

Dreimal musste der Crede'sche Handgriff angewendet werden behufs Entfernung der placenta bei starker Blutung, einmal der Damm durch die Naht vereinigt werden.

Bei einer Wöchnerin stellten sich eclamptische Anfälle nach der praecipitirten Geburt ein.

1892. J.-N. 856. 26 J. II p.

Auf dem Wege nach der Anstalt in einer Droschke floss das Fruchtwasser ab, und kurz darauf erfolgte dort die Geburt des Kindes. Die unverletzte Nabelschnur wurde in der Klinik abgenabelt und kurze Zeit darauf folgte die Geburt der placenta bei geringem Blutverlust. Das Kind zeigte am rechten Scheitelbein eine fünfmarkstückgrosse intensive Rötung und war 40 cm lang und 2300 gr schwer. Die Wöchnerin war in der folgenden Nacht sehr unruhig, hatte mehrmaliges Erbrechen und gegen Morgen einen eclamptischen Anfall. Sie verlor plötzlich das Bewusstsein, es traten klonische Krämpfe sämmtlicher Extremitäten ein, starker Trismus, klonische Krämpfe der oberen Augenlider. Die bulbi waren nach oben gedreht, die Pupillen erweitert, der Puls nach dem Anfall langsam und sehr unregelmässig. Es wurde ihr Morphium 0,02 gr subcutan verabreicht. Bis gegen 11 Uhr vormittags wiederholten sich diese Anfälle noch zweimal. Dann schlief sie bis gegen 4 Uhr mittags, wo wieder 3 Anfälle eintraten. Nochmals wurde Morphium 0,02 gr verabreicht. Abends wieder einige Anfälle, nochmals Morphium,

Temperatur 38,1° C. In der folgenden Nacht hatte sie keinen Anfall mehr, schlief zumeist, Temperatur am Morgen gesunken. Da Ischurie bestand, wurde an den ersten drei Tagen der Urin mit dem Katheter entleert. Derselbe war stark eiweisshaltig. Also Schwangerschaftsnephritis. Am nächsten Tage besserte sich der Zustand und das Befinden war weiterhin ein gutes zu nennen. Als direkte Veranlassung des Ausbruchs der Eclampsie kann man den praecipitirten Verlauf der Geburt betrachten, insofern als dadurch eine sehr schmerzhafte Ausdehnung des äusseren Muttermundes und der Genitalien bewirkt wurde; ihre Ursache kann aber auch in besonders schmerzhaften Wehen und der heftigen Anstrengung der Bauchpresse liegen, oder, was wahrscheinlicher ist, durch Nephritis bedingt sein.

Wie verlief nun das Wochenbett von jenen 5 Personen, die in der Klinik von der Geburt überrascht wurden? Einen normalen Verlauf konstatirten wir bei dreien.

Temperaturerhöhung über 38,0° C. stellte sich bei zweien ein und zwar:

1892. J.-N. 329 I p.

Am 4. Tage Fieber bis 38,9° C., erreichte am 9. Tage das Maximum mit 40,0° C. und verschwand am 10. Tage. Ursache: zwei belegte Scheiderisse. Aetzung mit liquor ferri sesquichlorati, täglich Lysolausspülung. Entlassen am 16. Tage.

1893. J.-N. 206. I p.

Dammriss II. Grades, nicht durch die Naht geschlossen, da stark schleimig eitriger Ausfluss. Temperatur am 6. Tage 38,4, sank nach 2 Tagen. Auf Aetzung mit liquor ferri sesquichlorati entwickelten sich bald gute Granulationen. Dass die Wunden an den Genitalien eine gewisse Praedisposition für das Puerperalfieber abgeben, kann man daraus

schliessen, dass von 5 Wöchnerinnen mit Verletzungen der Genitalien 4 an Fieber erkrankten.

So kommen wir denn durch unsere Nachforschungen zu denselben Schlüssen, die Herr Geheimrat von Winckel auf Grund seiner Untersuchungen gewonnen hat:

„Dass zwar praecipitirt Entbundene durch den überstürzten Geburtsverlauf, die Zerrung der Nabelschnur, durch Fissuren im Introitus, Dammrisse und Blutungen während und gleich nach der Geburt zu Erkrankungen mehr als andere Wöchnerinnen disponirt sind,

dass sie in Folge dessen in der That auch häufiger erkranken als andere,

dass ihre Erkrankungen aber leicht, unbedeutend und kurz, meist nur in Harnverhaltung, leichten Oedemen, geringem Fieber bestehen,

dass kein einziger Fall von Infektion und überhaupt schwereren Puerperalfiebers nachgewiesen werden konnte in solchen Fällen, wo die Genitalien dieser Puerperae von Aerzten nicht berührt wurden,

dass in all den Fällen dagegen, wo ernste Erkrankungen eintraten, der Nachweis stattgehabter Injectionen in die Genitalien der Erkrankten, oder Operationen an denselben geliefert wurde,

dass nicht ein einziger Fall vorkam, in welchem eine septische Erkrankung der Genitalien lediglich durch den Aufenthalt im Gebärhause bewirkt worden wäre, in welchem also die Luft als Träger der Keime allein hätte beschuldigt werden können, und endlich

dass die Neugeborenen dieser Mütter, obwohl ebenfalls durch den Geburtshergang, durch die Nabelzerrung und durch Kälte, Blutverlust und Sturz zu Erkrankungen

besonders praedisponirt, nicht ein einziges Mal eine puerperale Infection zeigten."

Zum Schlusse nehme ich Veranlassung, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. v. Winckel meinen Dank für die gütige Überlassung des Themas auszusprechen.

Quellenangabe:

F. v. Winckel: Über die Bedeutung praecipitirter Geburten für die Aetiologie des Puerperalfiebers.

J. P. Semmelweiss: Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers.

Hugenberger: Bericht aus dem Hebammeninstitute der Grossfürstin Helene Pawlowna.

C. Reinhard: Dreiundzwanzig Fälle praecipitirter Geburten. Inaug.-Diss.

G. Koch, Stuttgart: Centralblatt für Gynaekologie, Jahrgang 1887.

Goltz, Basel: Inaug.-Diss. 1887.